

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

259

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armel PITOIS

Né le 3 juin 1902, à Bourg-Barré (Ille-et-Vilaine)
Ancien Interne de l'Hôpital et Clinique Saint-Yves, Rennes
Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Rennes

TORSION DU TESTICULE

ÉTUDE CLINIQUE

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armel PITOIS

Né le 3 juin 1902, à Bourg-Barré (Ille-et-Vilaine)
Ancien Interne de l'Hôpital et Clinique Saint-Yves, Rennes
Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Rennes

TORSION DU TESTICULE

ÉTUDE CLINIQUE

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^e, ÉDITEURS

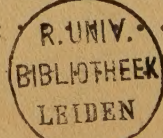
15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomi	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale;
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV — AGREGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.	Éducation physique.
WEIL-HALLE	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JOSEPH

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE LE DOCTEUR AUGIER

A MON PÈRE

*En témoignage de mon affection
et de ma vive reconnaissance.*

A MA FEMME

En témoignage de mon amour.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR I. PITOIS

*Mon premier maître dans l'art
médical.*

A MON FRÈRE HENRY

A MES PARENTS. A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous fait le très grand hon-
neur de présider cette thèse.*

*Qu'il veuille bien accepter l'expres-
sion de notre respectueuse grati-
tude.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. HARDOUIN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Professeur de Clinique obstétricale

à l'Ecole de Médecine de Rennes

Chirurgien chef de l'Hôpital et Clinique Saint-Yves à Rennes

Correspondant national de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont nous fûmes l'interne, qui nous
a inspiré le sujet de cette thèse, aidé
de ses conseils et à qui nous devons
tant. Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre très profonde et
très respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE RENNES

MM.

Le Professeur DAYOT
Le Professeur LE DAMANY
Le Professeur FOLLET
Le Professeur LE MONIET
Le Professeur CHEVREL
Le Professeur LE GALL LA SALLE
Le Professeur BAUDET
Le Professeur LAMACHE
Le Professeur QUENTIN

A MES MAITRES DE L'HOPITAL
ET DE LA CLINIQUE SAINT-YVES A RENNES

A MON JURY DE THÈSE

TORSION DU TESTICULE

Les premières observations connues de volvulus du testicule sont relativement récentes. Elles ont été publiées vers le milieu du siècle dernier, et il semble bien que la première en date soit celle de Delasiauve en 1840. Depuis cette époque, nous voyons signalés de loin en loin dans la littérature médicale, quelques cas isolés, considérés par les auteurs comme des accidents pathologiques d'une extrême rareté. Il n'est pas douteux, que dans cette période de la chirurgie pré-pasteurienne, où les interventions étaient exceptionnelles, beaucoup d'accidents de cet ordre n'étaient pas diagnostiqués, et les symptômes observés, du côté du testicule, étaient presque toujours mis sur le compte d'une orchite aiguë.

Il faut en effet attendre beaucoup plus tard, pour voir publier les premiers travaux d'ensemble tendant à individualiser la lésion nouvelle, avec les mémoires de Nicoladoni en 1884, puis celui de Lauenstein avec 11 cas en 1894.

En France également, des travaux nombreux firent connaître cette curieuse affection encore très ignorée du public médical, et sans entrer dans le détail d'une bibliographie complète, sans intérêt ici, nous nous bornerons à rappeler les publications

particulièrement intéressantes de Mauclaire 1894, de Cossin (Thèse de Paris, 1894), le mémoire de Lapointe, 36 observations (1904), et presque en même temps les études de Vanverts puis de Rigaux (Thèse de Montpellier) qui groupe alors 54 cas connus.

Nous signalons enfin comme excellent travail d'ensemble, l'article de Sébilleau et Descomps dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet (t. XXXII, 1916) où sont mises au point toutes les connaissances connues à cette époque, concernant la torsion du testicule.

Depuis lors, de très nombreux cas nouveaux ont été signalés en France et à l'étranger.

Nous publierons, à la fin de cette thèse, la bibliographie des travaux les plus récents.

La lecture de ces observations montre tout d'abord qu'à l'heure actuelle le volvulus testiculaire est bien connu et souvent diagnostiqué avant l'intervention chirurgicale.

Elle permet aussi de recueillir quelques signes nouveaux et quelques formes cliniques insuffisamment décrites.

C'est ainsi que, présentement, on a bien individualisé le volvulus chronique à récidives.

Une autre forme encore peu étudiée à cause du très petit nombre des observations signalées, est la torsion du testicule chez le nourrisson : quatre ou cinq observations seulement ont été publiées.

Nous avons, précisément, eu l'occasion l'an dernier, de voir un volvulus du testicule chez un nourrisson de 5 mois.

Il nous a paru intéressant, dans ces conditions, de relater cette observation nouvelle en réunissant dans un même chapitre les faits analogues que nous avons pu recueillir.

Nous rappelons rapidement dans notre mémoire, tout ce qui a trait à la pathologie et à l'anatomie pathologique de l'affection, ces chapitres étant, à l'heure actuelle, bien connus et parfaitement décrits.

Nous désirons insister surtout sur les formes cliniques et le diagnostic de l'affection, points qui nous paraissent présenter un intérêt plus pratique, les accidents dus au volvulus donnant encore très souvent lieu à des méprises.

Etiologie et pathogénie.

De l'examen des observations publiées, actuellement nombreuses, il résulte que la torsion testiculaire peut s'observer à tout âge : chez le nourrisson de 5 mois, jusque chez des vieillards de 70 ans.

Cependant, c'est à la période de l'adolescence, de 15 à 25 ans, que les accidents sont les plus fréquents, environ les trois quarts des cas.

Le côté est indifférent.

Il semble que l'ectopie crée une prédisposition au volvulus, et certains auteurs ont pensé que la pédiculation excessive du testicule, fréquemment notée en pareil cas, devrait être ici incriminée.

De même, dans les observations où le testicule était normalement descendu, c'est cette prédisposition anatomique qui est le plus souvent constatée, en cas de volvulus.

« On comprend que le testicule aura une tendance d'autant plus grande à subir les impulsions de voisinage que son pédicule et surtout le segment intra-vaginal de ce pédicule sera plus mince, plus long, plus isolé, en un mot plus mobilisable » (Sébileau et Descomps).

Quant aux causes occasionnelles, elles sont nombreuses et souvent bien hypothétiques ; nous préférons en réserver l'étude au moment où nous étudierons les formes cliniques du volvulus testiculaire.

Au point de vue pathogénique, il nous faut avec les auteurs cliniques distinguer 2 sortes de torsion :

**A. — Torsion dans l'espace scrotal.
Bistournage.**

Ce sont d'ailleurs des cas exceptionnels.

Il en existe cependant des faits certains, comme ceux rapportés par Legueu, Mickulicz, Delasiauve, Chevassu, etc.

Au point de vue qui nous occupe, on peut considérer les enveloppes des bourses comme composées de 2 parois indépendantes : l'une, interne, comprend la vaginale, la fibreuse commune et l'érythroïde, intimement unies, et l'autre externe formée par la peau et le dartos.

Entre les deux, les adhérences sont lâches, peu résistantes, et peuvent céder facilement.

Lorsque les vétérinaires veulent pratiquer le bistournage, ils opèrent en 2 temps consécutifs : dans le premier, ils rompent les adhérences légères existant entre les deux couches précitées, et dans un second temps, font exécuter au testicule, entouré de l'enveloppe vagino-fibro-érythroïdienne, une torsion qui porte aussi sur l'ensemble du cordon.

On conçoit qu'il faille chez l'homme un concours

de circonstances un peu exceptionnelles et une prédisposition anatomique particulière pour voir se produire une pareille lésion.

B. — Torsion dans la vaginale.

C'est le cas habituel. Mais chez l'homme normal, le testicule n'est pas libre dans la vaginale, et il est retenu au fond des bourses par le mésotestis qui le fixe suffisamment pour l'empêcher d'exécuter un mouvement de torsion, apte à produire le volvulus.

Aussi est-il nécessaire qu'une anomalie existe dans les enveloppes du méso, pour voir apparaître la lésion.

Ou bien le méso est anormalement lâche et peut ainsi permettre la bascule du testicule (34 cas sur 36 observations de Lapointe), ou mieux encore, comme l'ont maintes fois montré les interventions chirurgicales, il est tout à fait absent : (Lexer, Scanzoni, Langlet, Langton, Macaigne et Vanverts, Dujon et Chégut, Tuffier, Cotte et Croizier, etc.).

Le testicule, ainsi libéré dans la vaginale, est par conséquent doué d'une mobilité excessive et il « est comme un fruit supporté par son pédicule et exposé aux intempéries des saisons » (Nicoladoni).

D'autres causes surajoutées peuvent, en outre, contribuer à la trop grande mobilité du testicule, et aussi à son déplacement pathologique, ce sont : la longueur de la portion intra-vaginale du cordon, en

rapport souvent avec une insertion anormale de la séreuse « la forme en poire, l'aplatissement discoïde du testicule, l'inversion testiculaire comme dans les cas de Langlet, de Souligoux, de Nash, de Gervais, de Nauss, de Macaigne et Vanverts, de Joly, etc. » (Sébileau et Descomps).

Signes cliniques.

A. — Torsion testiculaire chez le nourrisson.

Nous avons vu que la torsion testiculaire est exceptionnelle chez le nourrisson et nous n'avons pu en effet en relever en tout que six cas, dont l'un personnel, chez un petit garçon de cinq mois.

Nous donnons ici, *in extenso*, les observations que nous avons pu nous procurer.

OBSERVATION I

Volvulus du testicule chez un nourrisson.

(D^r Hardoüin, Rennes.)

Le 25 août 1930, le D^r Vinot, de Mordelles (Ille-et-Vilaine), envoie à la Clinique Saint-Yves, à Rennes, un petit garçon de cinq mois, atteint d'une grosse tuméfaction des bourses du côté gauche.

Le début des accidents remonte à trois ou quatre jours. A ce moment, les parents s'aperçurent que l'enfant présentait du côté gauche du scrotum, un gonflement douloureux au toucher.

Ils n'y attachèrent pas tout d'abord une grosse importance, mais la tumeur augmentant peu à peu de vo-

lume, et l'enfant paraissant souffrir de plus en plus, il se décide à appeler le médecin, qui conseille son envoi d'urgence à la Clinique, où nous le voyons le 25 août au matin.

Le petit malade est d'aspect robuste : Jamais, disent les parents, « il n'a présenté de hernie ni de grosseur dans les parties avant les accidents actuels ».

L'examen, des bourses nous montre tout le côté gauche du scrotum distendu et du volume d'une petite orange. La peau est rouge, œdématiée, infiltrée, et la manipulation même légère de la tuméfaction arrache des cris à l'enfant.

Il est allé à la selle et a présenté seulement un vomissement; il urine normalement.

Quant à la tumeur, elle est ferme, renittente, d'aspect régulier.

Il est impossible de distinguer dans la profondeur le testicule ni l'épididyme.

En présence de ces accidents, nous éliminons d'emblée la hernie intestinale étranglée, puisque l'enfant a eu une selle et n'a pas eu de vomissements caractéristiques. Il ne s'agit pas d'épiplocèle étranglée, à cet âge où l'épiploon est encore rudimentaire.

Une orchite aiguë infectieuse ne saurait être discutée.

Quant à l'orchite tuberculeuse, en admettant même qu'on puisse en voir à cet âge, ce qui est bien rare, elle n'affecterait pas d'emblée une pareille acuité.

Par élimination, nous pensons à une torsion du testicule, peut-être de l'hydatide de Morgagni, malgré la rareté des observations relatées chez le nourrisson, et nous décidons d'intervenir de suite.

Intervention. — Anesthésie générale au chloroforme.

L'incision de la tumeur montre que les enveloppes des bourses sont fortement œdématisées. La vaginale est très congestionnée, et contient un peu de liquide franchement hématique.

A son intérieur, nous apercevons un testicule très augmenté de volume, complètement noir, et libre de tout ligament vaginal (*gubernaculum testis*).

Le cordon est entouré par une gangue de tissu épaissi que nous incisons longitudinalement, pour nous rendre compte de sa disposition, mais les éléments qui le composent sont déjà si altérés qu'une très légère traction sur le testicule le détache complètement, sans que nous ayons pu voir nettement le sens exact de la torsion.

Un fil est mis au niveau de cette section et les tissus sont ensuite suturés en deux plans.

L'enfant a parfaitement guéri en quelques jours.

OBSERVATION II

Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni et du cordon spermatique chez un nourrisson de 11 mois (Observation de M. Foucault de Poitiers).

Louis, 11 mois, est pris brusquement dans la matinée du 14 juillet 1924, de douleurs dans la région inguinale gauche.

Le 15 juillet, surviennent des vomissements, du météorisme abdominal, et de l'arrêt des matières et des gaz.

Je l'examine dans la soirée et je constate dans l'aîne gauche, au niveau de l'anneau inguinal, une masse du volume d'une noix, bosselée, ou plutôt bilobée, très dou-

loureuse, dure, immobile, irréductible, et ne subissant pas l'impulsion à la toux.

Cette masse n'a ni la forme, ni la consistance habituelle des hernies étranglées; de plus, fait capital, le testicule manque dans la bourse correspondante.

Je fais le diagnostic de torsion du cordon spermatique, avec étranglement testiculaire.

L'opération est pratiquée immédiatement. Anesthésie à l'éther.

A l'incision je constate :

1° Une torsion complète supra-vaginale du cordon spermatique à la sortie du canal inguinal; la torsion de 180° s'est faite dans le sens des aiguilles d'une montre. Les veines du cordon sont thrombosées; le testicule et l'épididyme sont violacés; la vaginale contient un peu de sérosité hémorragique.

2° En outre, appendue au pôle supérieur du testicule, une hydatide sessile de Morgagni volumineuse (une noisette) noirâtre, dont le pédicule est tordu sur lui-même de deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre. Je détords le cordon; le testicule change assez rapidement de teinte et tend à reprendre une coloration normale. Par contre, la détorsion de l'hydatide n'amène aucun changement de coloration. On la lie et on la resèque.

Je fixe le testicule au fond du scrotum correspondant; résection d'un sac herniaire qui communique largement avec la vaginale. Fermeture de la paroi en trois plans. L'enfant est revu trois mois après en excellent état. Le testicule est en bonne place, non atrophié.

OBSERVATION III

Torsion d'un testicule chez un nourrisson de 13 mois.

(E. Pichot, Société anatom., Paris, 4 février 1926.)

Le vendredi, 29 janvier dernier, la mère de cet enfant s'est aperçue en l'habillant qu'il présentait une grosseur au niveau du testicule gauche. A ce moment, le bébé ne semblait pas souffrir, si ce n'est à la pression de la glande.

Puis la tuméfaction augmente peu à peu de volume; la peau rougit et l'enfant commence à souffrir.

Le samedi et le dimanche, la douleur croissant on ne consulte pas, et c'est seulement le lundi 1^{er} février, trois jours après le début des accidents, que la mère amène l'enfant à l'hôpital.

Nous constatons alors que la peau de la partie gauche du scrotum est rouge et œdématiée:

De ce côté, le scrotum est rempli par une tumeur dix fois plus grosse que le testicule droit normal.

Dans cette tumeur douloureuse, très dure, il est impossible de distinguer le testicule et l'épididyme.

Il n'y a pas eu de vomissements.

Le cordon est gros et douloureux. On porte le diagnostic de torsion du testicule, en faisant une réserve pour une torsion de l'hydride de Morgagni, et l'intervention est aussitôt pratiquée.

A l'incision de la vaginale, un peu épaissie, s'écoule un peu de liquide séro-hématique.

On aperçoit alors un testicule et un épидидyme très augmentés de volume et de coloration presque noire et

on découvre une torsion intravaginale du cordon d'un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre, extrêmement nette. L'hydatide sessile de Morgagni est augmentée de volume elle aussi; noire également, mais ne présente pas de torsion de son pédicule.

La détorsion du cordon n'amène aucun changement de coloration de la masse épидидymo-testiculaire.

Une petite incision pratiquée dans la corticale du testicule montre qu'il est infarci et on pratique son ablation.

OBSERVATION IV

Torsion d'un testicule surnuméraire, par E. Coudert et Deroque (Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris, juillet 1924.)

Nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique le cas d'un enfant de 7 mois, entré le 11 juillet 1924, présentant des symptômes de hernie inguinale gauche, inguino-scrotale étranglée, avec vomissements et arrêt des selles, depuis le matin 11 heures, et opéré pour ce fait à 21 heures par M. Deroque.

Après incision des téguments on met à nu une tumeur qui n'est pas une hernie épiploïque comme on le pensait, mais une tumeur violacée, ressemblant à un testicule tordu.

La dissection des éléments du cordon permet de se rendre compte qu'il existe deux éléments, allant d'une part à un testicule sain, d'autre part à une tumeur qui semble être un testicule surnuméraire coiffé de son épидidyme tordu sur son pédicule.

D'autre part, il existe entre les deux testicules une circulation collatérale unissant le pôle inférieur du testicule tordu au pôle supérieur du testicule sain.

Après suture des éléments vasculaires et déférentiels de la tumeur tordue, on ferme la région par deux plans au catgut.

L'examen macroscopique des pièces démontre qu'il s'agit d'un testicule surnuméraire coiffé d'une hydatide sessile de Morgagni, truffée à la coupe, avec un épididyme également noirâtre, surmonté d'une hydatide pédiculée.

Nous signalons en outre une observation de Moncany, de Corbeil, concernant un nourrisson de 4 mois, et une sixième, publiée par Visconti, dans la *Gazetta degli ospedali*, en 1913, et ayant trait à un petit garçon de 11 mois.

* * *

Il semble que chez le nourrisson, le début des accidents, affecte dans beaucoup de cas, une forme moins brutale que chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte.

Dans notre observation personnelle, les parents n'ont pu préciser avec exactitude la date des premiers signes de la torsion ; et il semble bien que le développement de la tuméfaction a surtout attiré l'attention.

En tous cas, l'enfant ne nous a été amené qu'au bout de plusieurs jours, alors que le testicule était déjà détruit.

Pichot mentionne que la mère de l'enfant s'aperçut, en l'habillant, qu'il présentait une grosseur au niveau du testicule gauche, mais l'enfant ne paraissait pas souffrir à ce moment, sauf à la pression de la glande.

Par contre, les accidents ont eu un début brutal dans l'observation du petit malade de Foucault et en 24 heures sont apparus, en plus de la douleur très vive, des vomissements, du météorisme abdominal, et l'arrêt des matières et des gaz.

Ce début parfois insidieux du volvulus est particulièrement grave, car malgré le peu d'acuité des symptômes, les troubles vasculaires n'en demeurent pas moins importants, et lorsque des signes plus manifestes viennent enfin imposer le diagnostic, les lésions testiculaires s'avèrent incurables, et la chirurgie n'a d'autre ressource que d'enlever la glande mortifiée, comme cela a eu lieu précisément dans les deux observations que nous relatons plus haut.

Au bout de quelques jours, les signes physiques s'accroissent du côté du scrotum, et les symptômes sont alors peu différents de ceux que nous allons étudier chez l'enfant et chez l'adulte.

B. — Torsion testiculaire chez l'enfant et chez l'adulte.

« Dans la plupart des cas, le début est brusque, brutal ; c'est pendant les jeux, pendant le sommeil,

ou en croisant les jambes à la manière d'un tailleur, que l'enfant sent une douleur violente au niveau de l'hémiscrotum; et parfois au contraire c'est au lever que la douleur se manifeste.

Elle est très violente, avec état syncopal, état nauséeux.

La douleur naît au niveau des bourses, remonte sur la région inguinale, la fosse iliaque; ou au contraire la douleur est très supportable: l'enfant se rend à l'école, vient à pied à l'hôpital, présentant une légère boiterie.

C'est ainsi qu'à la consultation des Enfants Assistés, j'examinais un enfant qui avait une torsion testiculaire. Les parents l'avaient amené pour une « maladie de la hanche ». En somme symptomatologie très variable dépendant un peu de la nature de l'enfant; chez un de mes opérés, il y avait rétention complète d'urine avec une torsion testiculaire: c'est ce qui inquiétait la famille » (1).

Ce début, d'ailleurs si variable chez l'enfant, affecte également chez l'adulte des formes différentes.

Anormalement, le volvulus testiculaire peut être presque indolore: « Le malade raconte qu'il a été pris soudain et sans raisons apparentes de frissons, de malaise général et de fièvre.

Par contre, il n'a pas eu de vomissements et il

1. André Martin: les orchites par torsion chez l'enfant. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*. 11 juillet 1931.

est allé à la selle. Miction également normale, sommeil tranquille. »

Dans la majorité des observations cependant, la crise survient brutalement. C'est parfois à la suite d'un effort (en descendant une valise de 40 kgr. et ayant les jambes écartées) (Hartmann) en montant à bicyclette (Lahayville), ou d'un mouvement anormal : en croisant la cuisse gauche sur la cuisse droite (Chevassu) ; parfois sans cause apparente, au cours de la journée, en s'asseyant (Pérard et Arviset) ou sans aucun motif valable (obs. de Martry-Jehiel) et même pendant le sommeil (Auvray, Van der Poël).

Dans ces cas, le signe initial de la torsion est la douleur ressentie par le malade au niveau du testicule lésé. Cette douleur peut au début n'être pas très violente, mais rapidement elle augmente d'acuité pour devenir insupportable. Le malade souffre tellement qu'il cherche à se dérober dès que la main approche de la région inguinale. La paroi abdominale se bloque, le frôlement du scrotum rétracté est intolérable (Marty).

Elle peut rester localisée à la glande (Chevassu). Mais le plus souvent elle provoque des irradiations, le long du cordon, à l'aîne, généralisées à tout l'abdomen (Cotte et Croizier) ou dans la région lombaire.

Elle s'accompagne parfois de nausées, de vomissements, d'arrêt momentané des matières et des gaz, et même de rétention d'urine, accidents net-

tement sous la dépendance de l'excitation des extrémités nerveuses sympathiques du plexus spermatique.

Le malade se tient couché en décubitus latéral, la cuisse fléchie sur le bassin, essayant d'immobiliser au mieux la région douloureuse, tout mouvement pouvant éveiller chez lui une crise paroxysmique.

Signes physiques.

Le gonflement du scrotum du côté où s'est produit la torsion testiculaire, est un signe constant et qui débute en général presque immédiatement après le déclenchement de la crise douloureuse.

La tuméfaction est de dimensions très variables ; parfois peu accusée « n'atteignant pas le double d'un testicule normal (Chevassu) pour arriver dans certains cas aux dimensions d'un gros œuf de dinde (Cotte et Croizier), du poing, et même davantage (Pérard et Arviset).

La peau des bourses, normale au début, se tend légèrement sous l'influence du gonflement de la tumeur et de l'infiltration profonde des tissus du voisinage.

Elle s'œdématie à son tour, et dans les cas sérieux et non traités rapidement, elle prend une coloration rougeâtre analogue à celle que l'on peut voir en cas d'orchites aiguës. Elle peut même parfois prendre l'aspect phlegmoneux.

Dans les formes aiguës, la palpation, nous l'avons

dit, est très difficile, car elle réveille une vive douleur chez le patient.

Dans les cas d'intensité moindre, on peut en manipulant le scrotum avec précaution, arriver à reconnaître les parties sous jacentes, surtout si on peut faire cet examen assez près du début de la crise, alors que l'œdème des enveloppes des bourses n'est pas encore trop fortement accusé.

Assez fréquemment, le médecin pourra constater l'existence d'un peu de liquide dans la vaginale, liquide que l'intervention permettra de reconnaître comme fortement teinté de sang.

La palpation du testicule et de l'épididyme, quand elle peut être faite, donne lieu parfois à des constatations très intéressantes dans la situation réciproque des différentes parties de la glande.

Dans une observation de Nora : « l'épididyme est antérieur, et flanque le testicule en avant et en haut... La tête est en bas. Il y a double inversion. »

Dans le cas de Chevassu, on ne sent, au pôle supérieur de la tumeur, aucune trace de l'épididyme.

Malheureusement dans la plupart des observations, ces remarques n'ont pu être faites par suite de la douleur, l'épanchement vaginal, l'épaississement des téguments, et la position exacte des parties malades n'a été relevée que par l'opération.

Un symptôme curieux, à vrai dire exceptionnel, puisqu'il n'a été signalé qu'une seule fois

dans une observation de Lahayville, est la sensation spéciale du testicule mobile dans la vaginale, et décrit par lui sous le nom de « signe du ballottement testiculaire dans le vulvulus du testicule ».

Voici d'ailleurs le point particulier de son observation : « A l'examen, le lendemain donc du début des accidents, nous constatons l'augmentation du volume de la bourse gauche dont la peau est rouge et devient le siège d'une réaction inflammatoire. La masse lisse, résistante me permet de percevoir ni testicule ni épидидyme.

Nous constatons un phénomène assez singulier : la percussion de la bourse donne un véritable choc en retour, absolument comme si un organe déplacé et libre dans la cavité venait heurter la main qui palpe par contre-coup. »

L'opération ayant montré l'absence totale de gubernaculum testis, l'auteur conclut pour expliquer le symptôme précédent :

« Testicule et épидидyme dégagés de toute part, soutenus seulement par le pédicule, pendaient dans la vaginale distendue par du liquide ; tout choc imprimé aux organes par la percussion de la paroi antérieure du scrotum se répétait sur cette paroi, après renvoi par la paroi postérieure, l'épanchement vaginal intervenant pour favoriser les déplacements, et leur permettre une certaine amplitude. »

Formes cliniques

1) Torsion du testicule à crises récidivantes.

A côté de la forme aiguë d'emblée dans laquelle le volvulus testiculaire, une fois produit, persiste avec les symptômes que nous avons décrit, sans rémission, il existe une autre forme, torsion incomplète, susceptible de rétrocéder spontanément, mais sujette à des rechutes, entraînant presque toujours en fin de compte une crise aiguë définitive.

En voici un exemple typique cité par G. Dora.

J. Sch..., 18 ans, consulte le 6 juin 1929 pour une tuméfaction douloureuse de la bourse gauche. Il a lui-même posé son diagnostic de torsion du testicule qu'il n'a pu réduire à temps.

En effet, depuis deux ans, il connaît son mal; il sait la douleur caractéristique de la torsion, et son médecin lui a appris la manœuvre pour remettre l'organe en bonne position.

Il a déjà fait une dizaine d'accidents de ce genre, qui n'ont jamais eu de conséquences; il a pu jusqu'à présent, éviter tout ennuï. Hier une torsion s'étant produite, il n'a pu la réduire comme à l'ordinaire.

A l'examen, la bourse gauche est augmentée de volume; les téguments ne sont pas modifiés.

Au palper : un peu de liquide dans la vaginale, en tension molle qui ne gêne aucunement l'examen.

L'épididyme est antérieur, et flanque le testicule en avant et en haut.

Il est gros dans toutes ses parties, dur et uniforme.

La tête est en bas; il y a double inversion.

Le testicule est en arrière et en bas.

Le cordon est gros et infiltré; le déférent ne peut être reconnu dans la masse.

Un certain nombre d'observations ont été ainsi rapportées : Iselin cite le cas d'un malade chez lequel la torsion se produisait chaque fois qu'il croisait les jambes.

Jehel signale chez un jeune homme de 18 ans, à propos d'un cas de volvulus type : « Cette crise n'a pas été la première : auparavant le malade avait eu deux crises d'intensité moindre, avec douleur brusque; gonflement de la bourse, et au bout de 4 à 5 heures, retour à l'état normal.

Récidive également au bout de 4 jours chez un petit malade de 10 ans, relatée par Artaud.

Cotte et Croizier signalent aussi dans leur cas que : « à plusieurs reprises, dans ces derniers mois, le malade avait déjà ressenti des douleurs au niveau du testicule gauche ».

Précédemment, Vanverts (1) puis Lejars (2),

1. Vanverts, *Un cas de torsion du cordon spermatique à répétition. Annales des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1935-1936.

2. Lejars, *Torsion incomplète du cordon spermatique, Semaine médicale*, 9 novembre 1904.

avaient déjà montré par de nombreux exemples l'existence de cette forme à récurrences pouvant ne pas aboutir à la forme aiguë et n'ayant pas nécessité l'intervention chirurgicale.

Cette forme clinique mérite d'être bien connue car les crises douloureuses récidivantes, signalées par le patient doivent faire penser à la possibilité d'une torsion incomplète à rechutes, et elles doivent mettre en garde le malade sur la possibilité d'une crise aiguë, pouvant nécessiter une intervention immédiate.

Il faut en outre savoir que cette répétition des phénomènes congestifs du côté du testicule, même en l'absence de crise aiguë, ne sont pas sans inconvénient sur la vitalité de la glande, et bon nombre de lésions atrophiques seront sous la dépendance de ces accidents paraissant relativement bénins au premier abord. Chevassu va même plus loin et déclare que tout testicule atrophique qui n'a pas été touché par le virus ourlien est sûrement le reliquat d'une torsion testiculaire ignorée (Cité par Villacorta)

Il en résulte que, en présence de pareils accidents nettement contrôlés, le médecin traitant devrait conseiller à son malade une intervention bénigne de fixation du testicule anormalement mobile, pour éviter dans l'avenir des complications singulièrement redoutables.

2) Volvulus et ectopie testiculaire.

De très nombreuses observations ont montré que le volvulus se produisait souvent dans les cas d'ectopie testiculaire. Plus exactement, les signes de torsion se manifestent au moment où le testicule jusque-là retenu dans le canal inguinal tend à compléter tardivement sa migration pour descendre dans les bourses.

Les premiers cas de volvulus observés concernaient en effet presque exclusivement des malades chez lesquels on avait noté primitivement cette anomalie, et les auteurs de l'époque en avaient conclu que ces accidents étaient presque toujours liés à l'ectopie.

Ce serait évidemment une erreur d'admettre une telle exclusivité de causes, puisque à l'heure actuelle des cas nombreux et indiscutables montrent que les accidents de volvulus se rencontrent très fréquemment au niveau de testicules normalement descendus dans le scrotum.

Cependant l'ectopie testiculaire préalable joue un grand rôle étiologique et Lapointe, sur 36 observations rapportées dans son mémoire, note que 18 fois, cette cause pouvait être invoquée avec certitude, soit dans la moitié des cas.

Au point de vue clinique on voit tout à coup se déclarer subitement « chez des individus atteints d'ectopie inguinale et en pleine santé, des accidents qui par leur forme et leur gravité apparente rappel-

lent ceux d'un véritable étranglement de l'intestin » (Monod et Terrillon).

« Ces accidents dont l'évolution clinique et la gravité sont très variables, mais qui, sauf dans les cas très légers, s'accompagnent de péritonisme, capable de donner le change sur leur véritable nature, étaient mis autrefois sur le compte de « l'étranglement du testicule ».

On supposait que « la glande subissait un déplacement, très léger peut-être, mais suffisant pour l'amener à un point du canal plus étroit que celui qu'elle occupait habituellement ».

C'est là sans doute une erreur : ces phénomènes sont sous la dépendance de la torsion du cordon spermatique et leur intensité dépend du degré de cette torsion (Sebileau et Descomps).

Lapointe a longuement insisté sur les phénomènes de pédiculation excessive du testicule qui accompagnait sa descente tardive.

Dans la migration normale « on sait que le mésorchium qui donne au testicule abdominal une certaine mobilité disparaît progressivement dès que la glande commence l'ectopie inguinale de descente. Le mésorchium se déplisse et son déplissement total est même suivi d'une désinvagination partielle de l'épididyme ; le feuillet pariétal de la vaginale attiré à lui à la suite des deux lames du mésotestis, une partie de la couverture périépididymaire, et le phénomène ne prend fin que lorsque la glande a pris ses dimensions définitives.

Lorsque le testicule n'a pas gagné le fond du scrotum à l'époque habituelle, il n'y a plus de descente possible par le mécanisme ordinaire. Le testicule n'en a pas moins tendance à progresser quand même.

L'effort abdominal, la poussée éventuelle d'une hernie concomittante, la contraction des paroi musculaires de la loge inguinale, le poids même de l'organe, encore l'application d'un bandage, ou les manœuvres thérapeutiques du massage inguinal : voilà des causes actives, bien connues et souvent occasionnelles et capables d'aider ou de suppléer les agents physiologiques impuissants.

Ainsi poussé, le testicule peut achever sa migration sans perdre sa situation rétroséreuse habituelle. Mais si le mésorchium primitif a persisté, ou si seulement son déplissement normal est incomplet, le testicule qui descend allongera son méso, l'entraînera à la suite dans l'intérieur même du processus péritonéo-vaginal, dont il refoulera les parois devant lui pour s'en constituer à la longue un pédicule plus ou moins long et grêle. »

On conçoit alors facilement la mobilité anormale du testicule et la fréquence des accidents de torsion qui peuvent se produire tout au long de ces phénomènes de descente secondaire intra-inguinale et intra-scrotale.

Diagnostic.

Le diagnostic de la torsion testiculaire est à l'heure actuelle assez fréquemment posé avant l'intervention, d'après les observations publiées. Il n'en était pas de même autrefois, où le plus souvent la véritable cause des accidents n'était reconnue qu'au moment de l'opération. « Dalous et Constantin écrivent que sur 57 cas on n'a fait que 3 fois le diagnostic clinique de torsion ; Lapointe constate que sur 37 cas, 30 fois on n'a pas songé à la torsion ; encore n'a-t-elle été soupçonnée que dans 4 cas. » L'erreur est facile à commettre en effet, particulièrement dans un certain nombre de faits où les symptômes sympathiques complexes viennent parfois voiler les signes proprement testiculaires, et également dans les torsions de la petite enfance où l'on ne songe pas assez souvent à sa possibilité.

Aussi la lésion a-t-elle été confondue avec toutes sortes d'affections dont nous passerons rapidement en revue les principales.

1° Torsion de l'hydatide de Morgagni.

La torsion de l'hydatide de Morgagni, dont l'étude est également de date toute récente, est actuelle-

ment bien connue, surtout depuis les travaux de Mouchet et la thèse de Nicolleau (novembre 1924). A la date de 1925, Mouchet en rapportait déjà 17 observations.

Cette torsion de l'hydatide, de même que la torsion testiculaire, forme l'immense majorité de cette affection encore si mal définie, et que les auteurs anciens décrivaient sous le nom d'orchite aiguë ou subaiguë de l'enfance.

Ombrédanne ne rapporte-t-il pas à ce sujet que sur 7 enfants entrés dans son service avec un diagnostic imprécis, et opérés de suite par lui, 4 fois il s'est trouvé en présence de volvulus.

Le diagnostic différentiel entre ces deux affections voisines, torsion du testicule ou torsion de l'hydatide, est souvent extrêmement difficile, mais le fait en soi a peu d'importance puisque dans les deux cas l'intervention d'urgence s'impose.

Parfois il est possible de sentir une petite masse douloureuse indépendante du testicule. Paoli (1) en rapporte un exemple typique : « la palpation est douloureuse; elle permet de reconnaître dans la bourse deux masses ayant à peu près le même volume et les mêmes caractères.

« L'inférieur nous paraît être le testicule. La supérieure, de consistance un peu moins ferme, aussi bien limitée, est plus douloureuse. »

1. Paoli, *Forme tumorale de la torsion de l'hydatide de Morgagni*. *Marseille médical*, 15 février 1930.

L'hydatide enlevée opératoirement mesurait 3 cm. de haut et 2 cm. de large.

Ce sont là des faits exceptionnels. Presque toujours la tension du scrotum et la douleur violente empêchent de faire un diagnostic clinique précis.

Comme signe de probabilité, Mouchet écrit : « Si l'orchite est franchement aiguë, température à 39°-40°, douleurs très brusques et très vives, gonflement et rougeur du scrotum très prononcés, gros volume de la masse épидидymo-testiculaire, il faut diagnostiquer hardiment : torsion du cordon, soit intra-vaginal, soit supra-vaginal, exceptionnellement les deux à la fois (ainsi que je l'ai observé dans un cas).

Si l'évolution de l'orchite est subaiguë, fièvre ne dépassant pas 38°, douleurs atténuées, gonflement minimum des bourses et de l'appareil épидидymo-testiculaire, peu d'œdème des téguments, rougeur peu intense, on peut être sur qu'on a affaire à une torsion de l'hydatide sessile de Morgagni, et je ne m'y suis pas trompé dans mes deux derniers cas ».

2° Tuberculose aiguë du testicule.

Quelques auteurs ont signalé l'erreur possible à commettre entre le volvulus testiculaire et la tuberculose à forme aiguë de cet organe. Cette forme de tuberculose est exceptionnelle chez l'adulte.

En tous cas, un signe très important tiré du toucher rectal montrerait des lésions tuberculeuses de la prostate et des vésicules séminales.

Par contre, chez l'enfant, cette forme d'infection du testicule a été signalée, et elle serait chez lui relativement fréquente (Hutinel et Deschamps, Phocas et Jullien).

Les auteurs modernes cependant pensent que cette forme tuberculeuse aiguë demeure exceptionnelle : « S'agit-il d'une orchite tuberculeuse aiguë, caractérisée par un début brusque, avec température à 38° 5, 39°, puis au bout de 4 à 5 jours, les symptômes s'amendent, et il se fait une fistule par laquelle s'élimine le testicule, la guérison se faisant en 4 à 5 semaines !

Actuellement on tend à nier la possibilité de cette localisation tuberculeuse chez l'enfant, et on admet que les orchites étiquetées autrefois tuberculeuses, étaient des orchites par torsion méconnue » (Martin).

3° Orchiépididymites aiguës gonococciques.

Le diagnostic est en général très facile car la présence du gonocoque dans l'urèthre et l'histoire de la maladie ne laissent habituellement pas place au doute.

Tout au plus, pourrait-on avoir quelque hésitation vis-à-vis de certaines formes subaiguës tardives, alors que l'écoulement a déjà presque complètement disparu. Mais dans ces cas, le palper facile de la glande montre une lésion épидidymaire trop classique pour arrêter longtemps le clinicien.

4^o Orchites dites par effort ou orchites traumatiques.

Celles-ci, pour la plupart, sont des orchites gonococciques, développées parfois à la suite d'un traumatisme, et faciles à reconnaître par l'examen de l'épididyme.

Mais à l'heure actuelle, on tend à admettre que, dans beaucoup de cas où l'urétrite semble absente, il s'agit d'une torsion testiculaire incomplète, passée inaperçue.

5^o Hernie étranglée.

La hernie étranglée peut prêter à confusion presque exclusivement dans les faits de torsion du testicule en ectopie.

Nous avons noté en pareil cas : la douleur, le vomissement, les irradiations douloureuses dans l'abdomen et dans les lombes, et enfin dans quelques cas, du ballonnement du ventre. Si l'on songe que souvent le testicule ectopié est accompagné d'une hernie dans le canal inguinal, on comprend que de pareils signes puissent prêter à confusion. C'est surtout avec la hernie épiploïque étranglée que le diagnostic sera particulièrement délicat à poser.

Il persiste souvent en effet émission de gaz par l'anus, ce qui permet d'éliminer la striction de l'intestin. La température plus ou moins élevée est habituelle dans le volvulus. Enfin chez le nourrisson,

ou ne pourra songer à l'étranglement de l'épiploon, celui-ci étant encore rudimentaire à cet âge.

Nous laisserons de côté des affections rares du testicule, de l'épididyme et du cordon, dont les accidents ont pu, dans certains cas, prêter à confusion, voulant nous borner ici à une étude de pratique courante.

Il résulte de tout ce qui précède, que devant un ensemble de symptômes caractérisés par :

« Scrotum tuméfié,
épanchement vaginal,
testicule, épididyme, gros,
cordon tuméfié » (Martin),

le praticien devra toujours songer, dans l'établissement de son diagnostic, à la possibilité d'un volvulus testiculaire.

Songer à cette possibilité, ce sera presque toujours résoudre le problème.

Traitement.

Le traitement d'une pareille affection peut se résumer d'un mot :

Opération d'urgence.

Le testicule en état de volvulus est en effet menacé d'une mort rapide et seule une détorsion de l'organe permettra de rétablir dans la glande la vascularisation nécessaire.

Même dans les cas bénins, où la douleur est faible et le gonflement léger, dans ceux également chez lesquels la réduction s'est produite spontanément ou par manœuvres externes, il sera nécessaire d'intervenir, car les rechutes sont fréquentes, et ces phénomènes congestifs répétés finissent par léser profondément la glande et peuvent amener son atrophie.

La vaginale incisée, on pourra, par quelques points de catgut, fixer le testicule en bonne place, mais il nous paraît utile, avec beaucoup de chirurgiens, de pratiquer le retournement de la vaginale, manœuvre qui permettra de fixer la glande d'une façon définitive en position normale.

Conclusion.

Le volvulus du testicule, encore peu connu il y a quelques années, doit être considéré comme une affection non exceptionnelle dans la pratique courante.

C'est un accident que l'on peut rencontrer à tous les âges, chez le nourrisson, chez l'adulte et chez le vieillard. Il est cependant plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent entre 15 et 25 ans.

La torsion affecte des formes cliniques assez nombreuses que nous avons décrites. En particulier, à côté des accidents aigus les plus habituels il faut faire une part importante aux formes de torsion incomplète et récidivante moins impressionnantes d'ailleurs, mais qui peuvent entraîner du côté de la glande génitale des lésions destructives très graves.

Le diagnostic est en général assez facile, lorsqu'on connaît bien les signes cliniques de la lésion. Il faut y penser.

Dans tous les cas, même dans les formes d'allure bénigne, il faut d'urgence intervenir, car seule une opération précoce permettra de sauver le testicule menacé d'une destruction totale.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie des Travaux récents

- Matronola.* — Torsion spontanée d'un testicule chez un enfant de 15 mois (Il Policlinico, Rome, 17 octobre 1921).
- Hartmann et Renaud.* — Torsion du testicule en ectopie chez un enfant (Soc. Anat., 21 mai 1921).
- Pignati.* — Torsion testiculaire chez un pseudo-hermaphrodite (Riforma medica, Naples, 25 juin 1921).
- Mouchet.* — Torsion de l'hydrotide de Morgagni (Soc. de Chirurgie, 1922).
- Weitz.* — Sur la torsion du testicule (Deutsche Med. Wochens., 23 mars 1923).
- Coudert et Derocque.* — Torsion d'un testicule surnuméraire (Soc. Anat. de Paris, juillet 1924).
- Bettazzi.* — Bistournage d'un testicule non ectopié (Il Policlinico, Sez. Chir., Rome, octobre 1924).
- Nicolleau.* — Th. de Paris, novembre 1924.
- Day.* — Torsion d'un testicule non descendu (Am. Journal of Surgery, New-York, novembre 1924).
- Iselin.* — Société française d'Urologie, 8 décembre 1924.
- Hirsch.* — Diagnostic de la torsion du testicule en ectopie inguinale (Zentralblatt. f. Chir., Leipzig, 10 mars 1925).
- Peditis et Descomps.* — Un cas de torsion du testicule (Soc. de Chir. de Paris, 11 mars 1925).

Spillmann. — Un cas rare d'étranglement du testicule (Schweiz. Med. Wochens., 12 février 1925).

— Volvulus du testicule avec torsion du cordon spermatique (Soc. française d'Urologie, 8 décembre 1925).

Pichat. — Torsion du testicule chez un nourrisson (Soc. Anat., 4 février 1926).

Irk. — Sur la torsion du testicule (Zentralblatt. f. Chir. Leipz., 5 juin 1926).

Osmond. — Torsion d'un testicule en ectopie abdominale (Annals of Surg., Philadelphie, février 1927).

Mouchet et Baillis. — Un cas de hernie inguinale étranglée coexistant avec une gangrène du testicule chez un enfant de 1 mois 1/2 (Soc. Anat., 2 juin 1927).

Michel, Mouchet. — Orchite subaiguë de l'enfance par torsion de l'organe de Giralaldès (Soc. de Chirurgie de Paris, 26 octobre 1927).

Villacorta. — Cinq cas de torsion du testicule. Th. de Paris, 1927, n° 142.

Brendolan. — Un cas d'étranglement rétrograde du testicule (Il Policlinico. Sez. pratica, Rome, 9 janvier 1928).

Perard et Arviset. — A propos d'une observation de torsion du testicule (Journ. d'Urologie, janv. 1928).

Grimaldi. — Torsion du testicule (La Semana Medica, Buenos-Ayres, 12 avril 1928).

Küper. — Sur un cas de gangrène du testicule (Zentralblatt f. Chirurgie, Leipzig, 7 juillet 1928).

Ferran. — Torsion supra-vaginale du testicule (Soc. de Chir. de Marseille, 4 novembre 1929).

- Violato.* — Torsion intra-vaginale du cordon spermatique (Annali di medicina navale e coloniale, 1929, p. 340-350).
- Segato.* — Un cas de volvulus du testicule (Annali italiani di Chirurgia, Naples, janvier 1929).
- Whittemore et Zweibel.* — Torsion du testicule (The am. J. of Surg., N.-Y., mai 1930).
- Lahayville.* — Signe du ballottement testiculaire dans le volvulus du testicule (Marseille Médical, 15 février 1930).
- Sgrosso.* — Volvulus du testicule (Revista medica del Rosario, Santa Fé, avril 1930).
- Micotti.* — Torsion du testicule chez un nourrisson (La Riforma medica, Naples, 7 avril 1930).
- Rocher et Guérin.* — Fausses orchites de l'enfance par torsion du testicule (J. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 20 avril 1930).
- Petrignani.* — Volvulus du testicule (Soc. Anat. de Paris, 6 mars 1930).
- Nora.* — Forme récidivante de la torsion du testicule Soc. des Chirurgiens de Paris, 5 déc. 1930).
- Martry, Mocquot.* — Torsion du testicule (Soc. de Chirurgie de Paris, 10 décembre 1930).
- Blanc.* — Torsion du testicule opérée au quinzième jour (Soc de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, 17 juillet 1930).
- Pozzo et Bianchi.* — Syndrome orchitique aigu par torsion du testicule ectopié (Annals del instituto modelo de clinica medica, Buenos-Ayres, numéro unique, 1930).
- Artaud.* — Torsion et luxation d'un testicule (Soc. de Chirurgie de Marseille, 26 janvier 1931).

Folliasson, Mencière. — Volvulus du testicule (Soc. Anat. de Paris, 4 juin 1931).

V. W. Dix. — Torsion des appendices du testicule et de l'épididyme (The British J. of Urology, Londres, septembre 1931).

Jehiel. — Torsion du testicule opérée à la sixième heure (Journal d'Urologie, Paris, avril 1931).

Martin. — Orchites par torsion du testicule chez l'enfant (J. de Méd. et de Chir. pratiques, 10 juillet 1931).

Truc et Hérán. — Deux cas de torsion intra-vaginale du testicule (Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc, 6 mars 1931).

Taboas. — Torsion du testicule (Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, n° 8, 1931).

1789. — Impr. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-32
